

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Sandra Eensoo

EMOTSIOONI REGULATSIOONI RASKUSED ÄREVUSHÄIRETE JA KOMORBIIDSE
DEPRESSIOONI JA SÕLTUVUSHÄIREGA PATSIENTIDEL
Uurimistöö

Juhendaja: Katrin Kukk, MA

Jooksev pealkiri: EMOTSIOONIREGULATSIOON, ÄREVUSHÄIRE, DEPRESSIOON JA
SÕLTUVUS

Tartu, 2019

Emotsiooni regulatsiooni raskused ärevushäirete ja komorbiidse depressiooni ja sõltuvushäirega patsientidel

KOKKUVÕTE

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli uurida emotsiooni regulatsiooni raskuste erinevusi kolmes komorbiidses grupis: ärevushäired, ärevushäired ja depressioon, ärevushäired, depressioon ja sõltuvus. Uurimus koosnes 42-st kliinilisest patsiendist vanuses 15-59. Osalejad täitsid Spielbergeri seisundi- ja püsiärevuse skaala (STAI), Emotsioonide reguleerimise raskuste skaala (DERS) ja Montgomery–Åsbergi depressiooni hindamisskaala (MADRS). Erinevate kliinilise valimi gruppide vahel ei ilmnunud statistiliselt olulisi tulemusi DERS üld- ega alaskaaladel, kuid ärevushäire grupil esines vähem püsiärevust (STAI-T) ja depressiooni sümptomeid (MADRS) kui komorbiidses ärevushäirete ja depressiooni grupis. Ilmnesid statistiliselt olulised korrelatsiooniseosed häirete arvu ja STAI, MADRS, DERS üldskoori, emotsionaalse selguse puudumise, emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimise ja emotsiooniregulatsiooni strateegiate puudumise alaskaalade vahel. Uurimistöö põhjal jõeldati, et rohkemate häirete korral on suuremad emotsiooni regulatsiooni raskused. Emotsiooni regulatsiooni raskuste ja häirete seoste mõistmine aitab teraapiaid tõhusamaks muuta.

Märksõnad: emotsioonide regulatsioon, ärevushäire, depressioon, sõltuvushäire

**Emotion regulation difficulties in patients with anxiety disorders and comorbid
depression and substance use disorder**

ABSTRACT

The aim of the current paper was to explore the differences of emotion regulation difficulties between three comorbid groups: anxiety disorders, anxiety and mood disorders, anxiety, mood and substance abuse disorders. The study consisted of 42 clinical patients aged 15-59. The participants filled out Spielberger's State and Trait Anxiety Inventory (STAI), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). There were no statistically significant differences between clinical groups in DERS total score nor subscales, but anxiety disorder group performed significantly lower in trait anxiety (STAI-T) and depression symptoms (MADRS) than comorbid anxiety and mood disorders group. Statistically significant differences emerged from correlation between number of disorders and STAI, MADRS, DERS, lack of emotional clarity, unwillingness to accept certain emotional responses, and lack of emotion regulation strategies. The research concluded that more disorders are correlated with greater difficulty in regulating emotions. Understanding the correlation between difficulties in emotion regulation and disorders helps make therapies more effective.

Keywords: emotion regulation, anxiety disorder, depression, substance abuse disorder

SISSEJUHATUS

Ärevushäired

Ärevushäireteks loetakse rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) põhjal psüühikahäireid, mille iseloomulikeimaks tunnusteks on ärevuse sümptomid ning mis pole põhjustatud teistest psüühikahäiretest, ajukahjustusest ega psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest (Maailma tervishoiuorganisatsioon, 1992a). Ärevushäirete hulka kuuluvad näiteks agorafobia, sotsiaalfobia, lihtfoobiad, paanikahäire, üldistunud ärevushäire, obsessiiv-kompulsiivne häire, posttraumaatiline stresshäire (PTSH) ja muud neurootilised häired (Maailma tervishoiuorganisatsioon, 1992b).

RHK-10 põhjal on olemas kolme tüüpi ärevuse sümptomeid: psüühilised sümptomid (nt pingetunne ja keskendumisraskused), somaatilised sümptomid (nt värisemine ja hingamisraskused) ja füsioloogiliste funktsioonide häired (nt insomnia tüüpi unehäired ja seksuaaldüsfunksioonid) (Maailma tervishoiuorganisatsioon, 1992a). Kõikide ärevushäirete ühine tunnus on erakordselt suur hirm või ärevus, mis takistab igapäevast funktsioneerimist või tekitab märkimisväärselt distressi (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2009).

Ärevushäirete sagedus

Enamik inimesi kogeb elu jooksul ärevuse sümptomeid, kuid mitte alati häirena, vaid tavalise reaktsioonina stressoritele (Maailma tervisehoiorganisatsioon, 1992a). Samas on ärevushäired RHK-10 järgi sagedased psüühikahäired, eriti kohanemishäired ning lihtfoobiad (Maailma tervishoiuorganisatsioon, 1992a). Ärevushäireid kokku on peetud üheks levinuimaks psühhiaatriliseks diagnoosiks (Kring et al., 2009; Ritchie, & Roser, 2018). Elu jooksul kõige levinumateks ärevus- ja meeleoluhäireteks on spetsiifiline foobia (15.6%), depressioon (14.4%) ja sotsiaalfobia (10.7%) ning vähem levinumad on PTSH (5.7%), üldistunud ärevushäire (4.3%), paanikahäire (3.8%), agorafobia (2.5%) ja obsessiiv-kompulsiivne häire (2.3%) (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012). Arsti juurde jõuab umbes 20-30% ärevushäiretega patsientidest, kuid see arv on kasvavas trendis (Maailma tervishoiuorganisatsioon, 1992a). Ärevushäired kujunevad tihti välja lapse-, nooruki- ja varajases täiskasvanueas ehk perioodidel, mil esineb palju erinevaid probleeme, mis tekitavad

ülemäärast ärevust (Maailma tervishoiuorganisatsioon, 1992a). Naistel on elu jooksul suurem tõenäosus ärevushäireid saada kui meestel (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011; Ritchie, & Roser, 2018).

Ärevushäirete komorbiidsus

Ärevushäireid iseseisvalt on keeruline uurida, sest nad esinevad tihti koos nii teiste ärevushäirete kui ka muude diagnoosidega. Depressioon ja ärevus on tihti komorbiidsed. Jacobson ja Newman (2017) leidsid, et meeleoluhäirega inimestel on võrreldes eelneva meeleoluhäireta inimestega 200.1% suurem tõenäosus ärevushäire diagnoosi saada. 72%-l oma elu jooksul depressiooni all kannatanud inimestest esineb ka vähemalt üks teine häire, ligi 60%-l neist ärevushäire (Kessler et al., 2003).

Jacobson ja Newman (2017) leidsid, et ärevushäirega inimestel on võrreldes ilma ärevushäireta inimestega 154.8% suurem tõenäosus hiljem meeleoluhäiret saada. DSM-IV põhjal moodustatud internetiuuringus leiti, et 58%-l ärevushäire põhidiagnoosiga inimestest on esinenud depressiivne episood (AL-Asadi, Klein, & Meyer, 2015). Obsessiiv-kompulsiivsel häirel võib olla unikaalne seos meeleoluhäiretega, sest sellele häirele järgneb suurema tõenäosusega meeleoluhäire kui teistele häiretele (Jacobson, & Newman, 2017).

Dold ja tema kaasuurijad (2017) leidsid, et meeleoluhäire ja ärevushäire komorbiidsus põhjustab suuremat enesetapuhtu ja tõsisemaid depressiooni sümptomeid ning ravi tulemused on halvemad. Ka teised uurijad on avastanud, et patsiendid reageerivad antidepressantidele halvemini kui depressiooniga kaasneb ärevus (Fava et al., 2008). Petersen, Andreotti, Chelminski, Young ja Zimmerman (2009) leidsid, et meeleolu- ja ärevushäirete komorbiidsuse puhul esineb patsientidel depressiivseid episoodide rohkem, need on pikemad, sotsiaalne funktsioneerimine on halvem ning ravimeid määratakse neile rohkem. Uurijad on leidnud, et ärevus- ja meeleoluhäire koosesinemisel on patsientidel ka rohkem ärevuse sümptomeid (van Balkom et al., 2008). Lisaks on täheldatud, et komorbiidse meeleolu- ja ärevushäire ühe episoodi keskmine kestus on üle kahe aasta pikk ning 55.3%-l juhtudest muutub nende kulg krooniliseks (Penninx et al., 2011). Remissiooni saavutamine meeleolu- ja ärevushäirete komorbiidsuse puhul võtab kauem aega kui ainult ärevushäirete või meeleoluhäirete komorbiidsuse puhul (Penninx et al., 2011).

Ehkki üle poole ärevushäiretega kaasnevatest häiretest moodustavad meeleoluhäired, kaasneb 9%-l juhtudest nendega alkoholism (Almeida-Filho et al., 2007). 17.4%-l täiskasvanutest esineb üldistunud ärevushäire ja alkoholisõltuvus koos (AL-Asadi et al., 2015). Sõltuvushäiretega täiskasvanutest 9.7%-l esineb ka meeleoluhäire (Almeida-Filho et al., 2007). Ühes uurimuses leiti, et sõltuvusel on väiksem tõenäosus koos esineda ainult depressiooniga kui depressiooni ja ärevushäirega (Petersen et al., 2009), kuid teises uurimuses leiti, et kolm häiret koos esineb harvemini kui kaks häiret (Almeida-Filho et al., 2007).

Ärevushäired esinevad tihti koos teiste ärevushäiretega. Varem on leitud, et üldistunud ärevushäire on kõige komorbiidsem koos teiste ärevushäiretega alates spetsiifilisest foobiast (58.0%) kuni paanikahäireni koos või ilma agorafobiata (62.3%) (AL-Asadi et al., 2015). Väikseimat komorbiidsust on täheldatud obsessiiv-kompulsiivse häire ja üldistunud ärevushäire vahel (9.0%) ning kõige suuremat komorbiidsust sotsiaalfobial ja agorafobial ilma paanikahäireta (65.1%) (AL-Asadi et al., 2015).

Emotsiooni regulatsiooni raskused

Emotsiooni regulatsiooni raskused on probleemid oma tunnete reguleerimisel ja enesekontrolli säilitamisel intensiivsete emotsioonide korral (Carver, Lawrence & Scheier, 1996). Emotsioonide regulatsioon on häiritud, kui reaktsioon on liiga intensiivne, emotsioone ei mõisteta ega suudeta identifitseerida, emotsioonidele endile reageeritakse halvasti, neid kardetakse ja reaktsioon on kahjulik (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, & Fresco, 2005). Daros ja teised (2018) arvasid, et emotsiooni düsregulatsioon tekib bioloogiliste (geenid) ja keskkonna tingimuste koosmõjus. Nad leidsid, et emotsioonide reguleerimist on raske õppida keskkonnas, kus inimene on kaaslaste poolt tõrjutud, emotsionaalselt hüljatud või invalideeritud (Daros et al., 2018).

Emotsioonidega toimetulemiseks kasutatakse erinevaid strateegiaid. Kahjulikud strateegiad on allasurumine, vältimine ja rumineerimine, sest need on ebaefektiivsemad lühiajalises perspektiivis ning seotud rohkemate psühholoogiliste sümptomitega pikaajalises plaanis (Daros et al., 2018). Edukad emotsiooni regulatsiooni strateegiad nagu kognitiivne ümberhindamine, aktsepteerimine ja probleemi lahendamine on efektiivsemad lühiajaliselt

ning tekitavad vähem psühholoogilisi probleeme pikaajalises plaanis. Neid erinevaid strateegiaid võidakse kasutada teadlikult või alateadlikult (Daros et al., 2018).

Gratz ja Roemer (2004) leidsid, et emotsioonide reguleerimisel võivad tekkida erinevad probleemid: 1) negatiivsetest emotsioonidest võivad tekkida sekundaarsed negatiivsed emotsioonid, sest enda distressi ei aktsepteerita, 2) negatiivsed emotsioonid võivad takistada keskendumist ja eesmärkide saavutamist, 3) võivad tekkida raskused negatiivsete emotsioonide kontrollimisega, 4) võib halveneda võime emotsioone märgata ja tunnustada, 5) võib tekkida uskumus, et endast väljamineku korral pole inimesel võimalik situatsiooni muuta ja 6) võib väheneda selgus, mil määral inimesed teavad ja mõistavad, mis emotsioone nad tunnevad.

Emotsiooni regulatsiooni raskused ja psüühikaprobleemid

Ärevushäired.

Erinevatel ärevushäiretel on nii sarnasusi kui ka häirespetsiifilisi erinevusi (Turk et al., 2005). Leiti, et üldistunud ärevushäirega isikud kogevad emotsioone intensiivsemalt ning reageerivad suurenenud muretsemise ehk kahjuliku strateegia kasutamisega võrreldes sotsiaalfobiaga patsientide ja tervete inimestega (Turk et al., 2005). Mida rohkem on kliinilistel patsientidel emotsiooni regulatsiooni raskusi, seda tõsisemad on nende üldistunud ärevushäire sümptomid (Roemer et al., 2009). Ka Henning, Turk, Mennin, Fresco ja Heimberg (2007) leidsid, et üldistunud ärevushäire on juba iseseisvalt tõsine häire, millega kaasnevad raskused elu jooksul, tööl ja kodus ning komorbiidsus teiste häiretega ei suurenda neid raskusi. Neil aga, kellel on lisaks üldistunud ärevushäirele ka komorbiidne häire (millest 66.7% moodustas sotsiaalfobia), on rohkem raskusi sotsiaalelus ning suurem eneseraporteeritud rahulolematuse eluga (Henning et al., 2007). Mennin, McLaughlin ja Flanagan (2009) leidsid, et mõned emotsiooni regulatsiooni raskused ennustavad pigem üldistunud ärevushäiret (emotsiooni intensiivsus ja kahjulikud strateegiad) või sotsiaalfobiat (emotsioonide mittemõistmine), kuid emotsioonide mitteaktsepteerimine tuleb kõige paremini esile üldistunud ärevushäire ja sotsiaalfobia koosesinemise korral. Sotsiaalfobiaga inimeste puhul on täheldatud, et neil on raske oma tundeid väljendada ning nad väljendavad neid vähem kui üldistunud ärevushäirega inimesed (Turk et al., 2005).

Ärevushäired ja depressioon.

Uurijad on pidanud emotsioonide düsregulatsiooni nii depressiooni kui ka ärevushäirete riskifaktoriks (Shackman et al., 2016). Osa inimesi on igapäevastele stressiallikatele tundlikumad, mis võib põhjustada patoloogilise ärevuse ja depressiooni väljaarenemist ning taasesinemist. Shackman ja ta kaasuurijad (2016) nimetasid seda intensiivsemat ja pikaajalisemat reaktsiooni stressoritele dispositsiooniliseks negatiivsuseks ning leidsid, et see mõjutab nii lapseea temperamenti kui täiskasvanuea isiksust.

Erinevate häirete puhul on teatud määral ühiseid jooni, sest nii depressiooni kui sotsiaalfobia käes kannatavad patsiendid rumineerivad ja suruvad tundeid alla rohkem kui kontrollisikud (D'Avanzato, Joormann, Siemer, & Gotlib, 2013). Teisest küljest erinevad häired selle poolest, et rumineerimine ning vähene ümberhindamine on levinum depressiooni puhul ja tunnete allasurumine rohkem sotsiaalfobia puhul (D'Avanzato et al., 2013). Aldao ja tema kaasuurijad (2010) leidsid samuti, et depressioonil on ärevusest suurem seos rumineerimisega.

Kashdan ja Farmer (2014) leidsid, et sotsiaalfobia ainudiagnoosiga patsientidel on raskem negatiivseid tundeid eristada kui komorbiidse depressiooniga patsientidel. Uurijad arvasid, et võimetus negatiivseid tundeid eristada teeb need hirmutavamaks, mis võib kaasa tuua kahjulike strateegiate (nt vältimine ja allasurumine) kasutamise (Kashdan & Farmer, 2014).

Mõned emotsiooni düsregulatsiooni komponendid, näiteks kõrge intensiivsus ja halvasti toimetulemine, mõjuvad halvemini siis, kui depressiooniga kaasneb ka üldistunud ärevushäire (Mennin, Holaway, Fresco, Moore, & Heimberg, 2007). Mida rohkem esineb komorbiidse PTSH ja depressiooniga patsientidel emotsiooni regulatsiooni raskusi, seda enam suurenevad ühe häire sümptomid, millega kaasneb ka teise häire sümptomite tugevnemine (Chang, Kaczurkin, McLean, & Foa, 2018). Uurijad on leidnud, et emotsiooni regulatsiooni raskused on statistiliselt oluliselt seotud lapsepõlves esinenud negatiivsete kogemuste ja täiskasvanueas kogetavate PTSH, depressiooni ja füüsilise tervise sümptomitega (Cloitre et al., 2019).

Sõltuvushäired.

Meelemürkide tarvitamine võib asendada emotsiooni regulatsiooni strateegiaid täites inimese emotsioonide reguleerimise vajadusi (Aldao et al., 2010). Sellisel juhul peaks sõltuvus olema

vähem seotud emotsiooni regulatsiooni strateegiatega kui depressioon ja ärevus, mis tuli ka Aldao ja ta kaasuuriijate (2010) tööst esile. Sõltuvushäirete puhul on vähem probleeme rumineerimise, vältimise ja ümberhindamisega kui depressiooni, ärevushäirete ja üldise patoloogia korral (Aldao et al., 2010). Ka Berking ja ta kaasuurijad (2011) leidsid, et alkoholisõltuvusega inimestel on kontrollgrupiga võrreldes rohkem raskusi negatiivsete emotsioonide reguleerimisega, kuid depressiooniga patsientidest vähem raskusi. Emotsiooni regulatsiooni raskused mõjutavad alkoholi tarbimist ravi ajal ning selle järgselt olenemata sümptomite tõsidusest, komorbiidsete häirete arvust, kognitiivsetest võimetest ning negatiivsest meeleolust (Berking et al., 2011). Radomski ja Read (2016) leidsid, et PTSH puhul esineb rohkem impulsikontrolli raskusi, mis suurendab alkoholi tarbimise koguseid. Lisaks alkoholi tarbimisele on täheldatud, et negatiivsete tunnetega toimetulemiseks tarvitavad sõltlased kanepit, sest oma tõsiste ärevussümptomitega toimetulekuks puuduvad neil emotsiooni regulatsiooni strateegiad (Buckner et al., 2017). Mida rohkem on inimestel ärevussümptomeid, seda keerulisem on neil kanepist loobuda, stressi tekitavates olukordades meelemärke vältida ning emotsioone reguleerida (Buckner et al., 2017).

Kliinistel valimitel esinevad suuremad seosed strateegiate ja psühhopatoloogiate vahel kui tavapopulatsiooniga läbi viidud katsetes (Aldao et al., 2010). Mida tõsisemad on kliinilised sümptomid, seda suuremad on seosed psühhopatoloogiate ja emotsiooni regulatsiooni strateegiate vahel (Aldao et al., 2010). On leitud, et DERS strateegiate puudumise ja eesmärkide alaskaalad on statistiliselt oluliselt seotud erinevate psühhopatoloogiliste sümptomitega, mis viitab vajadusele neid aspekte kaasata raviplaanide koostamisse (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010).

Töö eesmärk ja hüpoteesid

Antud töö eesmärk oli võrrelda ärevushäireid komorbiidsete meeleolahäiretega ning ärevushäireid komorbiidsete meeleolahäirete ja sõltuvushäiretega. Uurimistöö oli osa suuremast projektist, mille raames hinnatakse erinevate psühhiaatriliste häirete profile emotsiooni regulatsiooni raskuste korral. Käesoleva töö autor koostas ühtse andmetabeli juhendaja kogutud andmetest, töötles andmeid SPSS andmetöötlusprogrammiga ning kirjutas loetud kirjandusele ja saadud tulemustele tuginedes käesoleva uurimistöö.

Ärevushäireid omavahel võrreldes on leitud, et üldistunud ärevushäirel on tihti hoolimata komorbiidsete häirete esinemisest või mitteesinemisest suured emotsiooni regulatsiooni raskused (Henning et al., 2007; Mennin et al., 2009; Turk et al., 2005). Ajukuvauuringutega on leitud ühiseid amügdala ja insula piirkondi, mis tekitavad sarnaseid sümptomeid erinevatel ärevushäiretel (Etkin & Wager, 2007). Eelnevast tuleneb, et ärevushäired on tõsised ka hoolimata komorbiidsusest ning nende toimemehhanismid ajus on sarnased.

Ärevus- ja meeleoluhäirete komorbiidsuse puhul on leitud, et emotsiooni regulatsiooni raskused on suuremad kui depressioonile kaasneb üldistunud ärevushäire (Mennin et al., 2007) või posttraumaatiline stressihäire (Chang et al., 2018). Ka üleüldiselt on leitud, et meeleolu- ja ärevushäirete koosesinemisel on patsientidel rohkem probleeme depressiooni (Dold et al., 2017; Petersen et al., 2008) ja ärevuse sümptomaatikaga (van Balkom et al., 2008) ning remissiooni saavutamine on keerulisem (Fava et al., 2008; Penninx et al., 2011). Uurimustest selgus, et ärevushäired koos meeleoluhäiretega on seotud suuremate emotsiooni regulatsiooni raskustega (hüpotees 1).

Sõltuvuse puhul on märgatud väiksemat seost emotsiooni regulatsiooni raskustega kui depressiooni (Aldao et al., 2010; Berking et al., 2011) ja ärevuse puhul (Aldao et al., 2010). On oletatud, et inimene ennetab emotsioonide reguleerimist meelemürkide tarvitamisega, seega küsimustikus ei tule emotsiooni regulatsiooni raskused esile (Aldao et al., 2010). Samas on täheldatud, et sõltuvus on seotud emotsiooni regulatsiooni raskuste (Berking et al., 2011; Radomski, & Read, 2016) ja strateegiate puudumisega (Buckner et al., 2017). Eelnevast lähtudes uuriti, kas ja kuidas erinevad ärevushäirete, depressiooni ja sõltuvuse grupi patsientide tulemused emotsiooni regulatsiooni raskustes ärevushäirete ja depressiooni grupi inimeste tulemustest (uurimisküsimus 1).

Eelpool kirjeldatu põhjal oletati, et emotsiooni regulatsiooni raskused ärevushäirete grupis on väiksemad kui raskused ärevushäirete ja komorbiidse meeleolu- ja sõltuvushäire grupis. Komorbiidsus depressiooniga tekitab rohkem emotsiooni regulatsiooni raskusi, kuid sõltuvuse isereguleeruva omaduse mõju emotsiooni regulatsiooni raskustele on veel ebaselge. Seega ärevushäirete, depressiooni ja sõltuvuse grupis võiks olla depressiooni tõttu rohkem emotsiooni regulatsiooni raskusi kui ärevushäirete grupis (hüpotees 2).

Hüpoteesid ja uurimisküsimus.

Hüpotees 1: Ärevushäirete ja depressiooni grupis on rohkem emotsiooni regulatsiooni raskusi kui ärevushäirete grupis.

Uurimisküsimus 1: Kas ärevushäirete, depressiooni ja sõltuvuse ning ärevushäirete ja depressiooni grupi tulemused erinevad teineteisest emotsiooni regulatsiooni raskuste osas?

Hüpotees 2: Ärevushäirete, depressiooni ja sõltuvuse grupis on rohkem emotsiooni regulatsiooni raskusi kui ärevushäirete grupis.

Lisaks emotsiooni regulatsiooni raskuste uurimisele DERS-iga uuriti ka ärevust (STAI), et võrrelda erinevate häiregruppide seoseid ärevussümptomitega, ning depressiooni (MADRS), et võrrelda erinevate häiregruppide seoseid depressioonisümptomitega.

MEETOD

Valim

Uurimistöö valimi moodustasid uuringute “Pidurduslik kontroll ja tähelepanu kallutatus söömishäiretega patsientidel” ja “Emotsiooni regulatsiooni raskuste skaala konstrueerimine” osalejad ning lisaks kasutati ambulatoorses vastuvõtus kogutud isikute andmeid. Uurimuses osalejate keskmine vanus oli 25 eluaastat ($M = 25.11$, $SD = 8.44$, miinimum 15, maksimum 59). Valim koosnes kokku 42-st osalejast, neist 4 olid mehed. Kolme osaleja kohta puudusid demograafilised andmed.

Eetika

Andmete kogumiseks ja töötlemiseks saadi load Tartu Ülikooli Inimuuringu Eetikakomiteelt. Uuringus osalejad andsid nõusoleku oma andmete kasutamiseks ning neil oli igal hetkel võimalik uuringus osalemisest loobuda. Küsitletute andmed olid konfidentsiaalsed, neid kasutati kodeeritult ja üldistatud kujul ainult teaduslikel eesmärkidel.

Mõõtevahendid

Psüühikahäirete olemasolu hindamiseks viidi läbi kliiniline intervjuu ja/või MINI (M.I.N.I.-Rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu, Sheehan et al., 1998) kliinilise psühholoogi poolt. MINI on mõeldud lühikeseks ja kiireks rahvusvahelise häireteklassifikatsiooni psühhiaatriliste häirete määramiseks.

Küsimustikud.

Katseisikud vastasid paber kandjal iseseisvalt alljärgnevatele enesekohastele küsimustikele. Lisaks koguti osalejate kohta demograafilisi andmeid.

Emotsioonide reguleerimise raskuste skaala.

DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) on Gratz'i ja Roemeri (2004) poolt välja töötatud 34-väiteline küsimustik, mis mõõdab kuute alaskaalat emotsioonide reguleerimisel - raskused eesmärgipärasel tegevuses, emotsionaalse selguse puudumine, impulsikontrolli raskused, emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimine, emotsioonide mitteteadvustamine ja emotsiooni regulatsiooni strateegiate puudumine. Katseisikud täitsid antud uurimuses eestikeelse versiooni antud küsimustikust (ERRS; Vachtel, 2011) märkides enda seisukoha iga väite kohta 5-pallisel Likert-tüüpi skaalal (1 - peaaegu mitte kunagi ... 5 - peaaegu alati). Kõrgemad skoorid tähendavad suuremaid raskusi emotsioonide reguleerimises. DERS-il on täheldatud head sisemist konsistentsust nii üldskoori (Cronbach α = .93) kui ka alaskaalade (α Cronbach > .80) vahel, head test-kordustest reliaablust 4-8 nädalaste perioodidega ja ennustavat valiidsust (Coutinho et al., 2010).

Spielbergeri seisundi- ja püsiärevuse skaala.

STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*; Spielberger ja Vagg, 1984) on 40-väiteline enesekohane küsimustik, mille üks pool väidetest mõõdab 4-pallisel Likert-tüüpi skaalal seisundi- (STAI-S) ning teine pool püsiärevust (STAI-T). Kõrgemad skoorid tähendavad suuremat ärevust.

Montgomery–Åsbergi depressiooni hindamisskaala.

MADRS (*Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale*; Montgomery ja Åsberg, 1979) on 9-väiteline enesekohane depressiooni mõõtmise skaala, mis hindab depressiooni raskusastme ja sümptomite muutuseid ajas. Kõrgem skoor tähendab suuremat depressiivsust.

Andmetöötlus

Andmeid analüüsiti SPSS andmetöötlusprogrammiga. Parameetrilisuse kriteeriumiks oli, et asümmeetriakordaja ja järsakuastme jagatis enda standardhälbega jääks vahemikku -1.96...1.96. Lisaks kontrolliti normaaljaotust Shapiro-Wilki testi ning visuaalsete normaaljaotustestidega.

TULEMUSED

Tabel 1.

Kirjeldav statistika häirete kohta kliinilistes gruppides.

	ÄH	ÄH + depr.	ÄH + depr. + sõltuvus
Valimi suurus	16	20	9
Keskmine häirete arv	1.19	2.90	4.22
Standardhälve	0.40	1.02	1.39
Miinum arv häireid	1	2	3
Maksimum arv häireid	2	5	6
Üldistunud ärevushäire	7	10	6
Paanikahäire	2	6	2
Sotsiaalfoobia	2	6	4
Agorafoobia	4	9	5
Posttraumaatiline stressihäire	0	3	3
Obsessiiv-kompulsiivne häire	4	4	0

Märkused: ÄH- ärevushäired, depr. – kaasnev meeleoluhäire, sõltuvus – kaasnev sõltuvushäire.

Tabelis 1 on kliiniliste gruppide kirjeldav statistika. Katseisikute väikese hulga ja erinevate häirete suure komorbiidsuse tõttu moodustati kolm kliinilise valimi gruppi: 1) ärevushäired,

kuhu kaasati nii üksikhäire kui ka komorbiidsete ärevushäiretega patsiendid, 2) ärevushäired ja depressioon, kuhu kaasati ärevushäire(te) ja meeleoluhäirega patsiendid ning 3) ärevushäired, depressioon ja sõltuvus, kuhu kaasati ärevushäire(te), meeleoluhäire ja sõltuvuse diagnoosiga patsiendid.

Tabel 2.

Kliinilise valimi keskmised skoorid STAI, DERS ja MADRS testidel/ nende alaskaaladel.

	ÄH (n = 15)		ÄH + depr. (n = 16)		ÄH + depr. + sõltuvus (n = 9)		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	F (df)	p
STAI-S	41.7	9.5	52.8	15.3	50.0	16.1	2.54 (2, 38)	.093
STAI-T	47.2 ^b	9.8	64.1 ^a	9.4	52.8	12.1	11.41 (2, 37)	.000
DERS üldskoor	86.3	22.6	98.3	23.1	103.0	21.8	1.83 (2, 37)	.175
Raskused eesmärgipärasel tegevuses	23.5	7.8	25.1	6.1	25.4	3.9	.33 (2, 37)	.723
Emotsionaalse selguse puudumine	16.3	6.7	19.8	7.5	21.7	6.4	1.85 (2, 37)	.172
Impulsikontrolli raskused	7.8	2.7	9.1	5.9	9.2	5.2	.38 (2, 37)	.684
Emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimine	9.1	3.5	11.3	3.8	10.3	3.7	1.30 (2, 37)	.286
Emotsioonide mitteteadvustamine	10.6	3.6	11.6	3.6	13.8	4.7	1.88 (2, 37)	.167
Emotsiooni- regulatsiooni strateegiate puudumine	18.9	6.9	21.4	6.0	22.6	7.1	1.00 (2, 37)	.380
MADRS	14.5 ^b	7.0	25.8 ^a	11.0	23.3	9.9	5.40 (2, 39)	.009

Märkused. ÄH – ärevushäired; depr. – kaasnev meeleoluhäire; sõltuvus – kaasnev sõltuvushäire; ^a - erines ärevushäirete grupist statistiliselt olulisel määral ($p < .05$); ^b - erines ärevushäirete ja meeleoluhäire grupist statistiliselt olulisel määral ($p < .05$).

Tabelis 2 on esitatud kliiniliste valimite STAI, DERS ja MADRS tulemused. ANOVA testi tulemuste kohaselt puudusid statistiliselt olulised tulemused nii DERS üldtulemuse ($F(2, 37) = 1.83$, $p = .175$) kui ka kõigi alaskaalade vahel. Samas oli näha, et gruppide vahel olid statistiliselt olulised erinevused püsiärevuse (STAI-T, $F(2, 37) = 11.41$, $p < .001$) ja depressiooni (MADRS, $F(2, 39) = 5.40$, $p < .01$) skaaladel. Tukey *post hoc* test näitas, et ärevushäirete grupis (47.2 ± 9.8 punkti) esines vähem püsiärevust kui ärevushäirete ja depressiooni grupis (25.8 ± 11.0 , $p < .001$). Lisaks oli ärevushäirete grupis (14.5 ± 7.0) võrreldes ärevushäirete ja depressiooni grupiga (25.8 ± 11.0) vähem depressiooni sümptomeid ($p = .010$).

Tabel 3.

Pearsoni korrelatsioonianalüüs häirete arvu ja STAI, DERS ja MADRS testide seoste kohta.

	N	Pearsoni korrelatsioonikordaja	Sig. (2-tailed)
STAI-S	41	.473**	.002
STAI-T	40	.419**	.007
DERS üldskoor	40	.460**	.003
Raskused eesmärgipärasel tegevusel	40	.256	.111
Emotsionaalse selguse puudumine	40	.423**	.007
Impulsikontrolli raskused	40	.280	.080
Emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimine	40	.359*	.023
Emotsioonide mitteteadvustamine	40	.271	.091
Emotsiooniregulatsiooni strateegiate puudumine	40	.349*	.027
MADRS	42	.574***	.000

Märkused. * - statistiliselt oluline seos ($p < .05$); ** - statistiliselt oluline seos ($p < .01$); *** - statistiliselt oluline seos ($p < .001$).

Lisaks viidi läbi Pearsoni korrelatsioonianalüüs, et hinnata seost häirete arvu ja STAI, DERS ja MADRS skooride vahel (tabel 3). Leiti üks mõõdukas (MADRS) ja kuus nõrka positiivset lineaarset seost häirete arvu ning kõikide testide ja alaskaalade vahel (välja arvatud alaskaaladel: raskused eesmärgipärasel tegevusel, impulsikontrolli raskused ja emotsioonide mitteteadvustamine).

Kliiniliste gruppide häirete hulkade võrdlemiseks viidi läbi Mann-Whitney U-test (tabel 4). Selgus, et ärevushäirete, depressiooni ja sõltuvuse grupis on statistiliselt oluliselt suurem arv häireid kui ärevushäirete ja depressiooni ($U = 39.00$, $p = 0.12$) ning ärevushäirete grupis ($U = 0.00$, $p < .001$). Lisaks oli ärevushäirete ja depressiooni grupis statistiliselt oluliselt suurem arv häireid kui ärevushäirete grupis ($U = 13.50$, $p < .001$). Erinevused Pearsoni korrelatsioonianalüüsi ja Mann-Whitney U-testi valimite vahel tulenesid sellest, et katseisikud olid osad testid täitmata jätnud.

Tabel 4.

Mann-Whitney U-test kliiniliste gruppide häirete hulkade võrdlemiseks.

	ÄH	ÄH + depr	ÄH	ÄH + depr + sõltuvus	ÄH + depr	ÄH + depr + sõltuvus
N	16	20	16	9	20	9
Mastak	9.34	25.83	8.50	21.00	12.45	20.67
U	13.50		0.00		39.00	
P	.000		.000		.012	

Märkused: ÄH- ärevushäired, depr. – kaasnev meeleoluhäire, sõltuvus – kaasnev sõltuvushäire.

ARUTELU JA JÄRELDUSED

Antud töös üritati uurida, kas ja milliseid erinevusi esineb emotsioonide regulatsiooni alaskaaladel ärevushäirete ja komorbiidsete gruppide vahel. Nagu varasematestki uurimustöödest on selgunud esinevad ärevushäired tihti koos nii teiste ärevushäiretega (AL-Asadi et al., 2015), depressiooni (Jacobson & Newman, 2017; Kessler et al., 2003) kui ka sõltuvusega (AL-Asadi et al., 2015; Almeida-Filho et al., 2007). Ka selles töös moodustati

(võimalike) erinevuste hindamiseks kolm kliiniliste patsientide gruppi: ärevushäired, ärevushäired ja depressioon ning ärevushäired, depressioon ja sõltuvus.

Antud uurimistöö hüpoteese toetasid ning uurimisküsimusele vastasid Pearsoni korrelatsioonianalüüs ja Mann-Whitney U-test, mille põhjal tuli välja, et mida rohkem oli patsiendil häireid, seda suuremad olid tema emotsiooni regulatsiooni raskused DERS üldskoori, emotsionaalse selguse puudumise, emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimise ja emotsiooniregulatsiooni strateegiate puudumise alaskaalal. Analüüsid demonstreerisid, et ärevushäirete ja depressiooni ehk rohkemate häirete grupis esines rohkem emotsiooni regulatsiooni raskusi kui ainult ärevushäirete grupis (hüpotees 1). Eelnevates uurimustes on samuti leitud, et meeleolu- ja ärevushäire koos tekitavad rohkem emotsiooni regulatsiooni raskusi kui üksikhäire (Chang et al., 2018; Mennin et al., 2007). Lisaks demonstreerisid Pearsoni korrelatsioonianalüüs ja Mann-Whitney U-test, et ärevushäirete, depressiooni ja sõltuvuse ehk kõige suurema arvu häiretega grupis oli rohkem emotsiooni regulatsiooni raskusi kui ärevushäirete grupis (hüpotees 2) ning ärevushäirete ja depressiooni grupis (uurimisküsimus 1). Ka eelnevates uurimustes on leitud, et sõltuvushäire puhul on inimestel suured raskused emotsioonide reguleerimisega (Berking et al., 2011; Radomski, & Read, 2016) ja emotsioonide regulatsiooni strateegiate puudumisega (Buckner et al., 2017). Eelnevate uurimistulemuste kordamine on kasulik, sest kinnitab juba leitud seoste olemasolu ja näitab, et need on kordusuuringutes tuvastatavad. Antud uurimistöö tulemuste põhjal ei saa aga teha põhjuslikke järeldusi, sest ei ole teada, kas emotsiooni regulatsiooni raskused eelnesid või järgnesid psüühikahäiretele. Varem on emotsiooni regulatsiooni raskusi peetud nii psüühikahäirete haavatavusteguriks (Cloitre et al., 2019; Shackman et al., 2016) kui ka tagajärjeks (Kashdan & Farmer, 2014; Mennin et al., 2007). Põhjuslikkuse uurimiseks peaks läbi viima longituuduuringu emotsiooni regulatsiooni raskuste ja psüühikahäirete seoste kohta.

Ehkki kliinilise valimi võrdlemisel ANOVA-ga puudusid statistiliselt olulised erinevused, demonstreerisid testide keskmised tulemused samasugust tendentsi: rohkemate häirete korral olid raskused suuremad. Häiregruppide omavaheliste võrdluste statistiliselt oluliste tulemuste puudumine võis tuleneda sellest, et ärevushäirete grupis oli mitme ärevushäire diagnoosiga patsiente, mistõttu võisid emotsiooni regulatsiooni raskuste profiilid sarnaneda teiste gruppidega. Komorbiidsete häiretega patsientide emotsioonide regulatsiooni raskuste profiil

võib erineda võrreldes mitte-komorbiidsete patsientidega. Emotsiooni regulatsiooni raskuste ning häiretegruppide seoste vahel võis esineda ka laaeft, ehk kõik häired said kõrgeid skoori, mille tõttu ei tulnud erinevused välja. Lisaks võisid grupid olla erinevuste ilmnemiseks liiga väikesed.

Lisaks emotsiooni regulatsiooni raskustele hinnati ärevuse ja depressiooni sümptomeid STAI ning MADRS testiga. Pearsoni korrelatsioonianalüüs näitas nõrka positiivset lineaarset seost häirete arvu ja seisundi-, püsiärevuse ning depressiooni sümptomite vahel. ANOVA andmeanalüüsi põhjal selgus, et ärevushäirete grupis oli ärevushäirete ja depressiooni grupiga võrreldes vähem püsiärevust ja depressiooni sümptomeid. Varasemalt on samuti leitud, et meeleolu- ja ärevushäirete komorbiidsuse puhul esinevad tõsisemad depressiooni sümptomid (Dold et al., 2017) ning on rohkem depressiivseid episoodi (Petersen et al., 2009) ja ärevuse sümptomeid (van Balkom et al., 2008). Ehkki ärevuse ja depressiooni sümptomite erinevused ei olnud statistiliselt olulised, viitasid ANOVA analüüsi keskmiste võrdlused ärevushäirete ja depressiooni grupi kõrgematele keskmistele skooridele võrreldes ärevushäirete, depressiooni ja sõltuvuse grupiga. See läheb aga vastuollu üldise tendentsiga, et rohkemate häirete korral on raskused suuremad. Edaspidi võiks lähemalt uurida sõltuvushäirete mõju komorbiidsete ärevus- ja meeleoluhäiretega patsientide STAI ja MADRS tulemustele.

Antud uurimistöo tugevus oli, et uuriti kliinilisi patsiente, kellel on varem täheldatud tavapopulatsiooniga võrreldes suuremaid seoseid emotsiooni regulatsiooni strateegiate ja psühhopatoloogiate vahel (Aldao et al., 2010). Samas oli uuritavaid liiga vähe, mis võis ka mõjutada statistiliselt oluliste tulemuste arvu, ning enamik neist olid naissoost, seega ei saanud sugudevahelist võrdlust teha. Ehkki gruppide erinevused ei tulnud välja, ilmnis, et häirete arv oli positiivses seoses emotsiooni regulatsiooni raskustega. Varasemad uurimused on näidanud, et emotsiooni regulatsioonile keskenduv teraapia on aidanud leevendada nii seda häiret, mille puhul seda rakendatakse, kui ka vähendanud teiste psühholoogiliste häirete sümptomeid (Sloan et al. 2017). Näiteks emotsioonidele keskenduv teraapia on aidanud sotsiaalfoobia puhul (Jazaieri, Morrison, Goldin, & Gross. 2015; Shahar, Bar-Kalifa, & Alon, 2017). Kuna häirete arv on seotud emotsiooni regulatsiooni raskustega ning varem on leitud, et emotsioonidele keskenduv teraapia aitab, võiks ka edaspidi emotsiooni regulatsiooni oskuste õpetamine olla osa teraapiast. Ka Kashdan ja Farmer (2014) leidsid, et tulevikus võiks emotsioonide eristamine olla osa teraapiast ning ka teraapia eesmärk.

Kuna emotsiooni regulatsiooni raskused on häiretega seotud, võiks inimesi juba varases eas õpetada emotsioone reguleerima, et ennetada häirete väljakujunemist või kergendada nende kulgu. Suveg ja Zeman (2004) leidsid samuti, et kodus peaks õppima negatiivseid emotsioone väljendama ja kasutama, sest need on seotud emotsiooni düsreguleerimise ja ärevustasemega.

KOKKUVÕTE

Antud töö eesmärk oli võrrelda ärevushäireid komorbiidsete meeleluhäiretega ning ärevushäireid komorbiidsete meeleluhäirete ja sõltuvushäiretega. Tulemustest selgus, et rohkemate häirete komorbiidsuse korral oli kliinilistel patsientidel rohkem ärevuse ja depressiooni sümptomeid ning suuremad üldised emotsiooni regulatsiooni raskused. Kliinilise valimi gruppides ei ilmnenu statistiliselt olulisi erinevusi emotsiooni regulatsiooni raskustes. Samas ärevushäirete ja depressiooni grupis ilmnis statistiliselt oluliselt rohkem raskusi püsiärevuses (STAI-T) ja depressioonisümptomites (MADRS) kui ärevushäirete grupis. Teadmised häirete ja emotsiooni regulatsiooni raskuste seoste kohta aitavad teraapiaid tõhusamaks muuta.

Tänuõnad

Tänan oma juhendajat, Katrin Kukke, juhendamise ja paranduste eest. Olen tänulik ka uuringutes osalejatele, et nad olid nõus oma andmeid teaduslikul eesmärgil jagama.

KASUTATUD KIRJANDUS

- AL-Asadi, A. M., Klein, B., & Meyer, D. (2015). Multiple comorbidities of 21 psychological disorders and relationships with psychosocial variables: A study of the online assessment and diagnostic system within a web-based population. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3). doi: 10.2196/jmir.4143
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., & Mari, J. de J. (2007). Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(7), 423-431. DOI: 10.1007/s00406-007-0752-0
- Berking, M., Margraf, M., Eber, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307-318. doi:10.1037/a0023421.carver
- Buckner, J. D., Walukevich, K. A., Zvolensky, M. J., & Gallagher, M. W. (2017). Emotion regulation and coping motives serially affect cannabis cessation problems among dually diagnosed outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(7), 839-845. doi:10.1037/adb0000310.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1996). A control-process perspective on the origins of affect. In L. L. Martin & A. Tesser (Eds.), *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation* (pp. 11-52). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Chang, C., Kaczurkin, A. N., McLean, C. P., & Foa, E. B. (2018). Emotion regulation is associated with PTSD and depression among female adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(3), 319-326. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000306>

- Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M.-A., Garvert, D. W., Henn-Haase, C. M., Falvey, E. C., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 82-89. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000374>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Daros, A. R., Williams, G. E., Jung, S., Turabi, M., Uliaszek, A. A., & Ruocco, A. C. (2018). More is not always better: Strategies to regulate negative mood induction in women with borderline personality disorder and depressive and anxiety disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000296>
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968-980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>
- Dold, M., Bartova, L., Souery, D., Mendlewicz, J., Serretti, A., Porcelli, S., ... Kasper, S. (2017). Clinical characteristics and treatment outcomes of patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorders - results from a European multicenter study. *Journal of Psychiatric Research*, 91, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.02.020>
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476-1488. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07030504
- Fava, M., Rush, A. J., Alpert, J. E., Balasubramani, G. K., Wisniewski, S. R., Carmin, ... Trivedi, M. H. (2008). Difference in treatment outcome in outpatients with anxious

- versus nonanxious depression: A STAR*D report. *The American Journal of Psychiatry*, 165(3), 342-351. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111868>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26,(1) 41–54. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 342-349. <https://doi.org/10.1002/da.20249>
- Jacobson, N. C., & Newman, M. G. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1155-1200. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000111>
- Jazaieri, H., Morrison, A.S., Goldin, P.R., & Gross, J. J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports*, 17(1):531. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0531-3>
- Kashdan, T. B., & Farmer, A. S. (2014) Differentiating emotions across contexts: Comparing adults with and without social anxiety disorder using random, social interaction, and daily experience sampling. *Emotion*, 14(3), 629-638. DOI: 10.1037/a0035796
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Rush, A. J. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289(23) 3095–3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095
- Kessler, R. C., Petukhova M., Sampson N. A., Zaslavsky A. M., & Wittchen H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184. doi:10.1002/mpr.1359.

Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2009). Anxiety Disorders. In *Abnormal Psychology* (12th Ed., chapter 5, pp. 119-154). New Jersey: John Wiley & Sons.

Maaailma tervishoiuorganisatsioon (1992a). *Lisad. Ravi. Ärevushäired*. Kasutatud 16.11.2018
<https://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/ph/40arevushaired.htm>

Maaailma Tervisehoiurorganisatsioon (1992b). RHK-10 V peatükk. *Psüühika- ja käitumishäired - kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Kasutatud 13.11.2018.
<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.

Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>

Mennin, D. S., McLaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 866-871. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.006>

Montgomery, S. A., Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

Penninx, B. W., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., ... Beekman, A. T. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.027>

Petersen, T., Andreotti, C. F., Chelminski, I., Young, D., & Zimmerman, M. (2009). Do comorbid anxiety disorders impact treatment planning for outpatients with major

- depressive disorder? *Psychiatry Research*, 169(1), 7-11. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.10.036
- Radomski, S. A., & Read, J. P. (2016). Mechanistic role of emotion regulation in the PTSD and alcohol association. *Traumatology*, 22(2), 113-121. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000068>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018, April). *Mental Health*. Retrieved May 10, 2019, from <https://ourworldindata.org/mental-health#prevalence-of-mental-health-and-substance-use-disorders>
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40(2), 142-154. doi: 10.1016/j.beth.2008.04.001.
- Shackman, A. J., Tromp, D. P., Stockbridge, M. D., Kaplan, C. M., Tillman, R. M., & Fox, A. S. (2016). Dispositional negativity: An integrative psychological and neurobiological perspective. *Psychological Bulletin*, 142(12), 1275-1314. doi:10.1037/bul0000073
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 238-249. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000166>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., & ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>

- Spielberger D. C., & Vagg R. P (1984) Psychometric properties of the STAI: A reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *Journal of Personality Assessment*, 48 (1), 95-97.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_10
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Luterek, J.A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89-106. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>
- Vachtel, I. (2011). Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaala konstrueerimine. Magistritöö psühholoogias. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool.
- van Balkom, A. J. L. M., van Boeijen, C. A., Boeke, A. J. P., van Oppen, P., Kempe, P. T., & van Dyck, R. (2008). Comorbid depression, but not comorbid anxiety disorders, predicts poor outcome in anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25(5), 408-415. DOI: 10.1002/da.20386

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Sandra Eensoo